

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

296

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Alice LE GUILLOU

Née le 29 mai 1914, à Kergrist-Moëlou (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ACRODERMATITES CONTINUES
D'HALLOPEAU

Discussions pathogéniques et thérapeutiques
à propos de deux cas d'acrodermatites chez des sujets
syphilitiques

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Alice LE GUILLOU

Née le 29 mai 1914, à Kergrist-Moëlou (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ACRODERMATITES CONTINUES
D'HALLOPEAU

Discussions pathogéniques et thérapeutiques
à propos de deux cas d'acrodermatites chez des sujets
syphilitiques

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	N...
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARDParasitologie.
 GARCIN.....Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ..		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Dont la mort précoce m'a privée d'un
enseignement profitable.*

A MA MÈRE

*En reconnaissance de la tendresse si
attentionnée dont elle m'a toujours entourée
et en témoignage de mon amour filial.*

108746

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en voulant bien accepter la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BLUM

*Qui a bien voulu nous donner le sujet de
notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES AMIS DU QUARTIER LATIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACRODERMATITES CONTINUES D'HALLOPEAU

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été proposé par M. le Docteur Paul BLUM à propos de deux cas d'acrodermatites continues d'HALLOPEAU chez des sujets syphilitiques observés dans le Service de M. le Professeur GOUGEROT.

En 1897, HALLOPEAU avait adopté la dénomination d'acrodermatite comme ayant l'avantage de n'impliquer aucune hypothèse. A propos de deux malades chez lesquels des investigations sérieuses ont été faites, dont l'un a pu être guéri, alors que chez l'autre la thérapeutique est restée sans effet, nous passerons en revue les hypothèses qui ont été formulées à ce sujet, en insistant sur celles qui cadrent le mieux avec les faits que nous rapportons, et en essayant de conserver la prudence qui avait fait choisir au Professeur HALLOPEAU la dénomination d'acrodermatite.

M. GIRAudeau a bien voulu nous faire profiter de

son expérience pour la rédaction du chapitre relatif à la thérapeutique.

Avant de commencer notre exposé, nous voulons exprimer toute notre reconnaissance à M. le Professeur GOUGEROT, au Docteur Paul BLUM et au Docteur GIRAudeau.

HISTORIQUE

Un moulage d'acrodermatite fut déposé, au musée de l'Hôpital Saint-Louis, par VIDAL, avant que soit individualisée cette dermatose.

La première observation en est publiée en 1890, par HALLOPEAU, qui crut avoir affaire à une asphyxie locale, subissant des complications particulières. En 1892, à propos d'un cas bien caractérisé, il considère cette affection comme un type morbide non encore décrit.

En avril 1897, HALLOPEAU préfère au terme de « polydactylite suppurative récidivante » qu'il avait adopté pour les deux premiers cas, celui d'acrodermatite. Il reproche à la première dénomination d'être trop restreinte et il distingue des formes vésiculeuses, phlycténoïdes et suppuratives.

A cette même séance, est publiée une observation de FRÉCHÉ, décrivant une éruption tropho-névrotique des extrémités rappelant la *dermatitis repens*. Cherchant des faits semblables dans la littérature, il en rapproche la polydactylite suppurative décrite par HALLOPEAU, et une observation publiée par STOWERS, en 1896, dans le *British Journal of Dermatology*. Cette dernière avait trait à une acrodermatite typique et l'auteur la

rattachait à la *dermatilis repens*, que CROCKER avait décrite pour la première fois en 1892.

AUDRY reprend la question en 1901, après avoir reconnu que « c'est bien HALLOPEAU qui a eu le mérite et la bonne fortune de reconnaître et de décrire le syndrome nouveau », il trouve la dénomination d'acrodermatite « beaucoup trop vague, beaucoup trop générique » ne donnant pas d'indication sur le type morphologique, et propose le terme de phlycténose récidivante des extrémités.

En 1904, MONTGOMERY en Amérique, HALLOPEAU en France, obtiennent leurs premiers succès thérapeutiques par la radiothérapie.

Les observations publiées, par la suite, ont pour but d'apporter des documents qui puissent contribuer à l'étude de cette affection considérée comme mystérieuse, ou d'étayer une pathogénie. Citons BODIN, CARLE, MESTCHERSKY qui soulèvent l'hypothèse d'un rapprochement possible des acrodermatites et de certaines formes localisées de la dermatite herpétiforme de DÜRRING.

Du point de vue clinique, on en était resté aux trois types décrits par HALLOPEAU en 1897, jusqu'au jour où le Professeur GOUGEROT a individualisé des formes nouvelles atypiques, soit par leur symptomatologie soit par leur évolution. Parallèlement à cette extension du point de vue clinique, il s'est produit un changement dans la manière d'envisager les acrodermatites et M. MILIAN en arrive à les considérer

comme un syndrome pouvant relever de causes multiples et il décrit des acrodermatites syphilitiques.

Le problème, qui d'abord se trouvait centré par la pathogénie, se trouve être posé aujourd'hui d'une manière un peu différente. Nous essayerons de faire ressortir ce changement à propos des discussions pathogéniques.

SYMPTOMATOLOGIE

Le terme acrodermatite est destiné à englober dans un même chapitre des types morphologiques divers. AUDRY en considérant que « phlyctènes purulentes » et non « pustules » étaient l'élément essentiel du diagnostic, cherchait à définir une lésion élémentaire. Or ce groupement est fondé non sur la morphologie, mais sur les caractères suivants :

— Localisation aux extrémités des membres, plus particulièrement aux doigts et aux orteils.

— Récidives incessantes sur place sans tendance à la généralisation.

— Résistance opiniâtre au traitement.

L'acrodermatite est très bien connue au point de vue clinique.

HALLOPEAU en a décrit trois formes :

La forme vésiculeuse ;

La forme suppurative ;

La forme phlycténulaire.

I. — La forme vésiculeuse.

Pour décrire la forme vésiculeuse, nous emprunterons les termes même d'HALLOPEAU. « Cette forme

est constituée par des vésicules reposant sur une surface rouge, les vésicules isolées persistant d'abord un certain temps après l'éruption, qui n'est en premier lieu que partielle. Quand les vésicules se rompent, elles laissent des excorations qui se recouvrent bientôt soit de croûtes soit de squames lamelleuses, plus ou moins épaisses. La peau sous-jacente est rouge et tuméfiée. Si les squames se détachent ; l'épiderme est aminci, lisse et brillant ; quelquefois au contraire il est épaissi et cet épaississement se traduit par une exagération des plis.

« L'ongle, dit HALLOPEAU, souffre dans sa nutrition, il perd son poli et se creuse verticalement de plis et de sillons profonds. L'éruption est limitée à un doigt, peut se produire sur deux ou trois autres, n'atteint en général que la phalange unguéale ».

II. — La forme suppurative.

L'apparition des suppurations a été précédée chez certains malades, de phénomènes d'asphyxie locale datant de plusieurs années ; mais le plus souvent le début se manifeste au pourtour d'un ongle, le rebord de celui-ci se tuméfie, rougit, devient douloureux, se soulève et se décolle ; il en sort du pus et la suppuration s'étend ensuite à une partie de la première phalange sur la face palmaire. Les autres phalanges peuvent être prises à leur tour, et on y voit la peau rougir et devenir le siège de nombreux foyers de

suppuration. Les ongles peuvent tomber, laissant une suppuration persistante de la matrice.

III. — La forme phlycténulaire.

La maladie est caractérisée dans ce cas, par la production incessante de phlyctènes purulentes dans l'épaisseur de l'épiderme des doigts et des orteils. A la chute du toit épidermique de ces phlyctènes, on trouve une surface érosive, suintante, mais jamais d'ulcérations. Le début se fait comme la tourniole, dans la rainure péri-unguéale, puis plus tard la paume des mains et la plante des pieds peuvent être atteintes ; les ongles tombent souvent et les extrémités des doigts deviennent alors de véritables petits moignons lisses où apparaissent encore de temps à autre des phlyctènes.

A côté de ces formes classiques, M. le Professeur GOUGEROT a groupé des formes nouvelles des acrodermatites (Archives de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, mars 1930, n° 5, p. 136).

Formes continues : formes érythémato-squameuses et fissuraires, formes érythémato-squameuses pures, formes frustes atténuées, formes eczémateuses et vésiculo-squameuses.

Formes discontinues : vésiculeuses, vésiculo-squameuses, squameuses, irrégulières ou saisonnières périodiques.

Tout d'abord, il a pu observer des cas permettant

de faire la transition entre la forme classique et ces formes nouvelles.

Pour nous convaincre de la légitimité de ce rattachement, il nous suffira de lire la conclusion de son article :

« Ces lésions ne ressemblent à aucune dermatose con-
« nue : dermites artificielles, eczéma, dermo-épider-
« mites microbiennes, psoriasis, lichen, épidermomy-
« cose, toxicodermites, etc..., tous les examens restèrent
« négatifs, leur localisation à l'extrémité des doigts, la
« longueur de leur évolution depuis des années, leur
« fixité toujours aux mêmes doigts, leurs poussées et
« leurs récidives, leur résistance aux traitements habi-
« tuels, et au contraire leur guérison par la radiothé-
« rapie leur donne un aspect spécial et les apparente-
« aux acrodactylites d'HALLOPEAU, les formes de tran-
« sitions permettent de faire ce rattachement. »

NATURE ET PATHOGÉNIE

Théorie infectieuse.

HALLOPEAU pensait qu'il s'agissait d'une infection locale par des germes pyogènes. « On peut concevoir, écrit-il, que les choses se passent de la manière suivante : pénétration par un traumatisme, de microbes pathogènes, sous l'épiderme d'une extrémité digitale ou d'une autre partie de la main, prolifération de ces microbes, réactions locales sous forme d'érythèmes et de pustules et de traînées purulentes polymorphes, défaut de l'évacuation en raison de l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions, des produits de suppuration et des microbes, extension progressive des altérations dans toute la région où l'épiderme présente ces mêmes caractères, déformation en masse des dernières phalanges, déviations des doigts malades comparables à celles du rhumatisme noueux, troubles tropho-névrotiques réflexes dans l'extrémité correspondante qui devient un terrain favorable à l'invasion et à la multiplication des mêmes microbes pathogènes. »

BROCQ soutient une opinion à peu près analogue. Pour lui, il s'agit d'une infection streptococcique

et staphylococcique, sous-unguéale, rétro-unguéale, péri-unguéale, avec envahissement lent et progressif des régions voisines sur lesquelles viennent se faire des poussées d'eczéma.

A peine éclore, la théorie infectieuse était contre-carrée par la théorie tropho-névrotique. VIDAL, le premier, s'appuyant sur le fait que le malade de HALLOPEAU présentait une asphyxie locale des extrémités, pense qu'il doit y avoir plus qu'une infection banale. DUBREUILH soutient la même opinion que VIDAL à propos d'un cas ultérieur.

L'objection que l'on peut faire à la théorie infectieuse se trouve contenue dans ce texte, emprunté à M. BONNET, parlant des acrodermatites : « Il est impossible de voir là une simple infection par les streptocoques ; l'aspect des bulles diffère tout à fait, l'évolution de la maladie est en contradiction complète ; enfin dans plusieurs cas les lésions ne contenaient aucun pyocoque, notion capitale qui montre que dans les cas où on en a trouvé, ils étaient là à titre de simple affection surajoutée.

Théorie neuro-trophique.

FRÈCHE avait étiqueté éruption tropho-névrotique des extrémités, ce que HALLOPEAU devait appeler plus tard acrodermatite. Le sujet de cette observation historique n'est pas seulement intéressant parce qu'il a pu être suivi par ces deux auteurs, mais parce que l'enquête a pu être poussée jusqu'aux constatations

anatomiques. Le compte rendu de l'examen histologique fait par LAFFITE, rapporte que « dans le cubital, quelques tubes à myéline sont moniliformes ; dans un nerf collatéral de l'orteil un tiers est manifestement malade, fragmentation de la myéline, gaine de Schwann vidée de myéline ». Ce document est unique ; il montre l'existence d'une névrite, mais ne permet pas de dire si celle-ci est primitive ou secondaire comme le prétendait HALLOPEAU.

AUDRY croit également à une névrite périphérique avec altération trophique de l'épiderme, envahi secondairement par des microbes variables. A propos d'un érythème récidivant des extrémités, il avait donné en 1897 une classification provisoire des acrodermatites que nous croyons intéressant de reproduire.

Classification provisoire des acrodermatites par Ch. AUDRY de Toulouse :

I^{re} classe. — Acrodermatites continues :

Acrokératodermie : *a*) héréditaire (Thost) ; *b*) érythémateuse (Bestier).

Acrodermatites pustuleuses et ulcéreuses : *a*) polydactylites de HALLOPEAU, comprenant les faits de FRÈCHE et de STOWERS ; *b*) *dermatitis repens* de R. CROCKER.

II^e classe. — Acrodermatites continues avec renforcement :

Syndrome asphyxique de RAYNAUD.

Erythromélalgie (comprenant peut-être les faits de PICK).

III^e classe. — Acrodermatites récidivantes :

Type angio-neurotique : *a*) saisonnières : engelures, éruptions vésiculeuses estivales ; *b*) non saisonnières : érythèmes acro-asphyxique.

Type névritique pur : *a*) phlycténose récidivante (obs. pers.) ; *b*) érythème desquamatif récidivant (obs. de THIBIERGE).

IV^e classe. — Acrodermatites provoquées : ex : éruption par les balsamiques.

Après avoir affirmé le caractère provisoire de cette classification, AUDRY conclut « D'ores et déjà, il paraît vraisemblable que l'on puisse poser deux grandes divisions plus naturelles ; un groupe angio-neurose ayant pour type le syndrome de RAYNAUD, les engelures, les érythèmes acro-asphyxiques, etc... ; un groupe névrite allant de notre phlycténose à la *dermatitis repens*, en passant par les polydactylites de HALLOPEAU et les observations de FRÈCHE, STOWERS, etc. »

Lorsqu'en 1901, AUDRY étudie les acrodermatites, il n'englobe plus sous ce titre que les faits rentrant dans le groupe névrite de la conclusion citée ci-dessus ; et, il propose le terme de « phlycténose récidivante des extrémités trouvant un sens trop large au terme acrodermatite. Mais ce sont des considérations cliniques qui l'amènent à isoler dans un groupement spécial ces lésions des extrémités.

S'il attribue à une névrite l'acrodermatite, il range tout à côté les lésions du groupe angio-neurose, disant d'ailleurs un peu plus loin, « qu'il est impossible de déterminer exactement les limites des processus angio-neurotiques de ceux qui relèvent de la névrite pure ».

Actuellement, il semble que la théorie neuro-trophique soit la plus en faveur. Un certain nombre de travaux publiés ces dernières années, insistent sur l'importance des lésions osseuses, lésions qui, par leur nature, rentrent incontestablement dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler troubles neuro-trophiques. En réalité, si cette théorie est plausible, elle n'est pas prouvée.

Si l'on savait pourquoi la radiothérapie guérit presque à coup sûr les acrodermites, le problème serait bien près d'être résolu. Mais là encore, nous retrouvons les mêmes incertitudes. Peut-être serait-on mieux éclairé, si l'on pouvait obtenir par le traitement vitaminique, des guérisons analogues à celles que le Professeur GOUGEROT a obtenu dernièrement par la vitamine B₁ dans des cas de douleurs fulgurantes du tabès, de maladie de Raynaud. Peut-être la vitamine B₆, anti-dermatitique serait-elle particulièrement indiquée dans ces cas !

Il serait vraiment curieux de voir la thérapeutique moderne faire un rapprochement, qu'AUDRY avait fait dès 1897 en se basant sur des hypothèses pathogéniques.

*Acrodermatite rattachée à une dermatose
générale.*

Les théories infectieuse et tropho-névrotique, que nous venons d'exposer, supposent que « primitivement l'affection est acrodermatite » et il en était ainsi dans l'esprit des premiers auteurs. Il existe pourtant une opinion différente, que nous exprimerons en empruntant les termes de M. MILIAN. « Nous pensons que l'acrodermatite continue n'est pas une maladie autonome mais un syndrome dû à des causes différentes suivant les cas. Il est vraisemblable qu'une analyse clinique plus minutieuse, permettrait d'individualiser des formes variées de l'acrodermatite, dont chacune d'elle répondrait à une *dermatose générale connue* dont elle ne serait qu'un mode de début ou qu'une complication ».

M. TOURAINE a publié une observation dans laquelle une acrodermatite se complique d'une éruption généralisée d'impétigo herpétiforme (Soc. de dermat., 1932, p. 373 et 351).

Dans d'autres observations (BODIN, CARLE, MESTCHERSKY) il semble bien qu'il y ait une relation entre l'acrodermatite phlycténulaire et la dermatite de DURHING. M. MILIAN va plus loin encore lorsqu'il décrit des acrodermatites syphilitiques. Il rattache ainsi l'acrodermatite à une maladie générale. Nous allons étudier avec soin la question des rapports entre la syphilis et les acrodermatites car les cas, faisant l'objet de notre thèse, seront produits chez des sujets syphilitiques.

LA SYPHILIS ET LES ACRODERMATITES

Il est intéressant, au début de ce chapitre, de se reporter au compte rendu de la séance du 8 décembre 1897 de la Société de Dermatologie.

HALLOPEAU vient de communiquer un quatrième cas d'acrodermatite et il conclut : « La dénomination d'acrodermatite suppurative continue sous laquelle nous avons désigné cette maladie, a l'avantage d'en indiquer les caractères essentiels sans impliquer aucune hypothèse ; ce type nouveau est nettement caractérisé par nos trois observations et celle de M. STOWERS. »

M. FOURNIER. — Mais pourquoi appeler acrodermatite une affection qui est simplement prédominante aux extrémités ? Il faudrait alors admettre des acrodermatites syphilitiques.

M. HALLOPEAU. — J'ai déjà observé trois faits semblables ; comme dans celui-ci les lésions ont commencé par un doigt pour atteindre successivement les autres et ne s'accompagner qu'ultérieurement de poussées plus ou moins généralisées. *Primitivement l'affection est donc acrodermatite.*

On conçoit alors l'intérêt des discussions pathogéniques que nous avons exposées plus haut. M. MILIAN se place d'un autre point de vue ; pour lui, l'acrodermatite n'est pas une maladie autonome, et il écrit dans la *Revue Française de Dermatologie et Syphiligraphie* en décembre 1936.

« Il existe, nous en sommes certains, un type qui peut être réalisé par la syphilis, au point qu'un cas de ce genre a pu nous être présenté par un de nos assistants, comme acrodermatite d'HALLOPEAU ; l'efficacité du traitement anti-syphilitique a prouvé nettement l'origine de cette acrodermatite. »

Disons, tout de suite, qu'il peut exister chez un même sujet syphilis et acrodermatite, sans aucune relation entre l'une et l'autre. A cet égard, l'observation II de HALLOPEAU est intéressante. Lorsqu'il est examiné, son malade est atteint de syphilis, contractée deux mois auparavant et se manifestant par des syphilides papuleuses, alors qu'il fait remonter à douze ans le début de sa maladie (poussées pustuleuses subintrales, ongles déformés et altérés).

M. MILIAN décrit trois formes d'acrodermatites syphilitiques :

— La forme sèche.

— La forme érosive ulcéreuse.

— La forme érosive phlycténulaire.

I. — La forme sèche ou kératose pulpaire.

Elle s'observe dans la syphilis acquise et plus souvent encore dans la syphilis héréditaire. Il existe aux pulpes des doigts, près de l'ongle, une surface kératosique, nettement limitée, circonée et polycyclique, à contours plus ou moins étendus. Les points de kératose exfoliée montrent une peau un peu sensible, rosée et même plissée. L'ongle est épaissi partiellement au voisinage de la kératose cutanée et on y observe des altérations nombreuses, stries, raies transversales, atrophies, etc. L'hyperkératose est souvent fissuraire. Le diagnostic d'eczéma sec est généralement posé.

II. — La forme érosive et ulcéreuse.

A la face pulpaire d'un doigt existe une rougeur inflammatoire avec, à la périphérie, un soulèvement épidermique. La rougeur s'accompagne d'érosions, parfois même d'ulcérations.

A propos de ces formes, M. MILIAN insiste sur les altérations unguéales concomitantes.

Il recommande l'examen du pied du patient, qui révèle des lésions analogues et surtout des kératoses plantaires.

III. — La forme érosive phlycténulaire.

Il s'agit de nombreuses bulles localisées aux orteils et aux doigts, qui rappellent l'impétigo, infection que

l'on doit écarter à cause de la localisation stricte aux orteils, ou encore la dyshydrose phlycténulaire aussi bien que la phlycténose d'AAUDRY.

La syphilis peut même réaliser des formes banales, en particulier la forme pustuleuse de HALLOPEAU.

M. MILIAN cite ensuite plusieurs cas dans lesquels il a obtenu une guérison rapide par le traitement anti-syphilitique. Nous nous contenterons de rapporter deux faits extrêmes, faisant l'objet des observations I et IV. L'observation I est relative à une enfant de 10 ans, hérédo-syphilitique, présentant une acrodermatite sèche. *La réaction de Wassermann est négative*, mais l'enfant présente de nombreux stigmates. Des injections d'Arsenomyl la guérissent. Dans l'observation IV, il s'agit d'un syphilitique avéré, qui, outre des syphilides érythémato-ulcéreuses de l'avant-bras et du bras, a fait au petit doigt une lésion érythémato-érosive et squameuse, véritable acrodermatite kératosique chronique. *La réaction de Wassermann est fortement positive*. Des injections quotidiennes de cyanure de mercure guérissent rapidement les lésions. Nous supposons qu'elles n'ont pas négativé les réactions sérologiques.

Dans les cas qui font l'objet de notre thèse, les acrodermatites survenues chez des sujets syphilitiques, n'ont pas cédé au traitement spécifique.

Il ne faudrait pas en conclure que la syphilis n'a été pour rien dans leur apparition. L'épreuve du traitement est insuffisante, car on sait parfaitement que

certaines lésions ne peuvent régresser, le tabès par exemple.

Nous terminerons ce chapitre en faisant remarquer qu'il est possible de faire concilier la conception de M. MILIAN et celle d'AUDRY. Elles ne sont pas du même domaine ; la première est étiologique, la deuxième pathogénique. D'autre part, lorsque nous aurons dit que, dans l'une de nos observations la malade présente une acrodermatite et une capillarite chronique on ne s'étonnera pas de nous voir rappeler le rôle majeur des inflammations des capillaires dans la syphilis, et là encore on ne peut s'empêcher de renouveler le rapprochement qu'AUDRY avait fait en 1897, entre ce qu'il appelait les groupes angio-neurose et névrite.

THÉRAPEUTIQUE

On peut dire que tous les traitements antiseptiques ont été essayés avec le même insuccès. HALLOPEAU avait pensé, un moment, obtenir un bon résultat par des bains prolongés, dans l'eau oxygénée, des extrémités malades ; mais son premier succès thérapeutique date, en réalité, de l'emploi de la radiothérapie. C'est en 1904, que HALLOPEAU en France et MONTGOMERY en Amérique préconisèrent ce mode de traitement, qui fit merveille, à tel point qu'actuellement, on n'en connaît pas de meilleur. En 1939, dans la *Dermatologie en clientèle*, M. le Professeur GOUGEROT écrit ces lignes qui auraient pu l'être en 1904, « presque toujours les traitements chimiques et généraux échouent, alors que la radiothérapie guérit rapidement en 4 à 8 semaines ces acrodermatites si rebelles qui duraient depuis de longues années. Tantôt la guérison est complète, tantôt une récédive se produit au bout de 2 à 3 ans, mais jusqu'à présent, nous avons vu la radiothérapie réussir à nouveau et amener la guérison des lésions ».

Ceci montre l'intérêt qu'il y a de faire le diagnostic d'acrodermatite. L'efficacité de la radiothérapie, oppo-

sée à l'échec des autres traitements, est presque devenue un critère permettant de différencier cette affection parmi tant d'autres qui peuvent avoir la même localisation. Cependant M. MILIAN a obtenu des guérisons par le traitement antisypilitique et ces faits l'ont conduit à décrire des acrodermatites syphilitiques que nous avons étudiées dans un chapitre spécial.

HALLOPEAU, en 1904, avait fait subir à son malade, 13 séances de radiothérapie. On s'est aperçu, par la suite, qu'une irradiation trop souvent renouvelée peut engendrer une radiodermite ; aussi y a-t-il intérêt à frapper suffisamment fort et suffisamment vite. Dans le but d'obtenir le résultat optimum, M. GIRAUDEAU a préconisé la technique suivante :

Le traitement consiste en trois séances de 130 r (2 H) avec filtre de 1 mm. d'aluminium, sous une tension de 90 kilovolts. Huit jours d'intervalle séparent la première séance de la deuxième, et quinze jours la deuxième de la troisième. La technique en est délicate car il est difficile de bien irradier les doigts, en effet, s'il est commode d'atteindre la face palmaire et la face dorsale, l'espace interdigital reste dans l'ombre, si on n'y prend garde.

Depuis deux ans, les rayons de BUCKY (rayons de grande longueur d'onde) sont venus concurrencer la radiothérapie ordinaire, lorsqu'on ne désire qu'une action superficielle. Ils ont l'avantage d'être plus maniables mais on obtient des succès moins constants.

La technique est à peu près la même ; trois séances

avec les mêmes intervalles 200 r à chaque séance sous tension de 12 kilovolts.

Il est bien évident que l'on risquerait une radio-dermite, si ayant obtenu un échec, on voulait répéter le traitement radiothérapique.

Il ne faut pourtant pas négliger les autres modes de traitement.

Nous avons déjà dit que M. MILIAN avait obtenu des succès par le traitement anti-syphilitique. Celui-ci était particulièrement indiqué chez nos malades, dont les réactions sérologiques sont positives, mais il s'est avéré insuffisant. Dans les cas de M. MILIAN la guérison a été obtenue très rapidement, après quelques injections de Bi, de Hg, de As, suivant les cas.

Une propreté rigoureuse et le traitement local par les antiseptiques, peuvent rendre au malade sa maladie plus supportable. Il est conseillé d'utiliser des antiseptiques faibles, tel l'eau oxygénée préconisée par HALLOPEAU lui-même, de se méfier des antiseptiques forts (teinture d'iode).

Enfin bien que nous n'ayons pas d'expérience directe à ce sujet, il ne semblerait pas inutile d'adjoindre un *traitement vitaminique*.

Outre son inocuité, la vitame B₁ a donné des résultats dans des affections qui ne sont, peut-être, pas tellement éloignées des acrodermatites du point de vue pathogénique ; M. le Professeur GOUGEROT a obtenu dernièrement une amélioration incontestable, dans une maladie de RAYNAUD.

OBSERVATIONS

I. — Observation inédite (N° 133707).

Bar... Mar., âgé de 42 ans, ajusteur-mécanicien, consulte le 28 mai 1940 au Dispensaire de la Faculté, pour des lésions cutanées des doigts apparues en mai 1939.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Mobilisé en 1914, il contracte la syphilis en 1917. Il est traité à Fresne, puis à Saint-Lazare. Renvoyé au front, il est évacué à la fin de 1918, ayant expectoré des crachats sanguinolents. L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. Il est soigné au sanatorium de Bligny (Seine-et-Marne), puis reprend une vie normale et peut travailler régulièrement.

En juin 1939, subitement apparaissent des lésions des deux mains.

1° Main droite : lésions de l'index, du médius et de l'annulaire, lésions du dos de la main ; la face palmaire n'est pas intéressée ; il existe également quelques lésions sur la face antérieure des poignets.

2° Main gauche : lésions du médius et de l'annulaire.

Caractères des lésions. — Ce sont des lésions vésiculeuses qui se troublent, qui dégagent une odeur désagréable.

Le malade, en juin 1939, consulte le Dr B... de Lille. Il est

traité par une pommade au goudron et on lui fait également des injections d'hyposulfite. La main gauche guérit très vite.

En mai 1940, lorsqu'il consulte dans le Service, la guérison de la main gauche persiste ; le médius et l'annulaire de la main droite, seuls, sont atteints de lésions indolores.

Il s'agit de lésions périodiques, venant par poussées, tous les deux mois environ. Sur les deux premières phalanges apparaissent, successivement, sur un fond érythémateux, des vésicules grosses comme une tête d'épingle. Ces vésicules se troublent rapidement en deux jours. Les ongles sont recroquevillés et plissés, surtout l'ongle du médius.

Le diagnostic posé à la consultation de Saint-Louis, le 28 mai 1940, est celui d'eczéma probablement d'origine mycosique ; la recherche des champignons est négative.

A ce moment, on ne constate pas de lésions aux pieds.

Il est traité par des badigeonnages avec la solution violette de Milian sans amélioration.

Le 22 février 1941, le malade signale que depuis un mois sont apparues des lésions des deux gros orteils ; ce sont de petites vésicules reposant sur un bourrelet érythémateux péri-onguéal. De nouveau, M. DUCHÉ recherche les champignons dans les lésions des mains et dans celles qui sont récemment apparues aux pieds. L'examen direct et la culture sont négatifs. La lésion est alors étiquetée acrodermatite et une séance de radiothérapie a déjà amélioré les lésions des doigts.

Au point de vue syphilis, le malade a été traité d'une manière discontinue.

En 1938, ponction lombaire négative.

En 1939, B.-W. ++, Kahn ++, Vernes 1.7.

En 1941, abolition des réflexes tendineux, achilléens, rotulien, tricipital.

Pas de signe d'Argyll-Robertson.

Pas de signe de Romberg.

Les réactions sérologiques sont toujours positives, malgré plusieurs séries de bivatol.

Traitement. — Le malade a été traité par trois séances de (130 r.) sous une tension de 90 kilowolts. Ces séances ont été pratiquées au courant du mois de mars et du mois d'avril. Les résultats sont excellents dès la première séance et actuellement notre malade ne présente plus aucune lésion des doigts.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION.

M. le Professeur GUGEROT, présentant le malade à sa polyclinique du vendredi, a discuté 3 hypothèses possibles :

Soit dyshidrose ;

Soit épidermo-mycose dyshidriforme ;

Soit acrodermatite.

Il a éliminé la dyshidrose à cause de la petitesse des vésicules et de leur localisation aux extrémités des doigts et non dans l'espace interdigital.

L'absence de champignons dans les lésions a fait rejeter la seconde hypothèse ; lors de la découverte des lésions du pied, on aurait pu penser à un complexe, la réaction vésiculaire des doigts étant dépendante d'une infection mycosique des orteils (réaction seconde de Ravaut), mais l'examen effectué par M. DUCHÉ fut négatif (examen direct et culture) et le diagnostic d'acrodermatite a été retenu.

Le traitement radiothérapique a donné des résultats immédiats dès la première séance et a amené une guérison

totale des lésions des doigts après la troisième. Les réactions sérologiques ne se sont évidemment pas modifiées pendant ce laps de temps.

II. — Observation (N° 129511).

Malade âgée de 61 ans, sans profession.

Antécédents personnels. — Rien à signaler pendant l'enfance. Réglée à l'âge de quinze ans, règles régulières, non douloureuses, la malade signale qu'elle est sujette aux pertes blanches, en plus elle a eu la syphilis, sa spécificité a été régulièrement traitée. La ménopause s'est produite à l'âge de 51 ans, sans troubles apparents.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une néphrite. Sa mère est morte après l'ablation d'un sein cancéreux.

Antécédents familiaux. — La malade s'est mariée, elle n'a pas eu de grossesse malheureuse ; elle a deux filles qui sont bien portantes.

Son mari est d'une constitution robuste, et est bien portant.

Histoire de la maladie. — En janvier 1937, la malade subit une opération pour une incontinence d'urine qui date de 10 ans. Malgré cette opération l'incontinence a persisté ; cette incontinence est périodique, elle dure suivant les périodes, deux ou trois mois. Cette anomalie cesse brusquement sans cause apparentes pour réapparaître ensuite suivant le même cycle.

Le 8 juillet 1938. — La malade est envoyée, pour une consultation, au Dispensaire de la Faculté. A ce moment-là, cette malade présentait des lésions des deux mains, les lésions siégeaient sur les dix doigts. Il y avait de l'onxyxis

et de la périonyxis. En plus cette malade présentait une capillarite des deux jambes, capillarite des deux tiers inférieurs des jambes, recouvrant la face antérieure, les faces latérales, les deux cous-de-pied, des lésions des dix orteils, de l'onyxis et de la périonyxis. La malade fut envoyée par le dispensaire franco-hongrois, qui signalait que cette malade était une ancienne spécifique avec Bordet-Wassermann = ++ qu'on lui avait fait au dispensaire ; plusieurs séries de bismuth qui n'avaient eu aucune action sur les lésions des doigts, ni sur celles des orteils.

Le 22 mai 1939. — La malade revient au Dispensaire de la Faculté. Les lésions sont semblables à ce qu'elles étaient lors de la première consultation. Elles présentent des poussées périodiques, tous les 3 jours environ. Un examen général est pratiqué à cette époque.

Appareil pulmonaire : rien à signaler.

Appareil cardiaque : cœur normal, tension artérielle à l'appareil de Vaquez.

Tension maxima = 13.5.

Tension minima = 7.

Incontinence d'urine persistante, qui n'est pas due à un traumatisme obstétrical. Les organes génitaux sont indemnes.

Foie : Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La vésicule biliaire n'est pas douloureuse, bien que la malade a des crises hépatiques de temps en temps.

Appareil vasculaire. — La malade a des varices des membres inférieurs. De la capillarite des deux jambes. Pas de signes d'asphyxie des extrémités, ni des mains, ni des pieds.

Appareil nerveux. — Pas d'Argyll-Robertson. Réflexes normaux.

Le 27 mai 1939. — La malade est traitée par les rayons de Bucky. Elle subit 3 séances d'irradiations selon la technique de M. GIRAudeau.

Le 21 septembre 1939. — La malade revient à la clinique de la Faculté. Le traitement n'a donné aucun résultat ; les lésions sont restées stationnaires.

Le 24 mai 1940. — La malade revient au dispensaire. On pratique alors un examen bactériologique, on ne trouve pas d'éléments microbiens ; mais M. DUCHÉ recherche des champignons et découvre le *Pinicillium* qu'il ne considère pas comme pathogène. M. BLUM à ce moment conseille à la malade l'emploi de crème d'Alibour. Ce traitement ne donne pas plus de résultats que les précédents.

Le 8 juillet 1940. — Les mains sont toujours dans le même état, on ordonne à cette époque la pommade de Lortat-Jacob.

Le 5 février 1941. — La malade revient au dispensaire, on pratique à ce moment un examen du sang : B.-W. 88 +, Kahn = +. M. BLUM met la malade au bismuth, aucune amélioration des lésions des mains, ni des pieds.

Le 10 mai 1941. — La malade présente une acrodermatite continue ; sous forme d'eczéma sec desquamatif, c'est une forme érythémato-squameuse à tendance fissuraire assez nette.

Le 15 mai 1941. — Lorsque nous avons examiné cette malade nous avons constaté des lésions des mains et des pieds et des deux tiers inférieurs des jambes et des coudes-pied.

Les lésions des mains. — *La main gauche* : onyxis et péri-onyxis des cinq doigts, lésions érythémato-squameuses des cinq dernières phalanges, remontant sur les faces latérales de tous les doigts, atteignant les espaces interdigitaux.

Les lésions sont apparues sur les premières phalanges il y a six mois ; maintenant les lésions sont étendues à toute la paume de la main jusqu'à la base du poignet. Tous les trois jours il y a des poussées se caractérisant par un gonflement œdémateux de la pulpe des doigts et du pourtour des ongles. Sur ce fond apparaissent des points blancs durs que la malade compare à des grains de sable. Pendant cette poussée la pulpe des doigts est sensible même douloureuse, c'est une douleur lancinante.

Lésions de la main droite. — Les lésions de la main droite sont moins étendues, il y a de l'onyxis et de la périonyxis de tous les doigts, et des lésions érythémato-squameuses des 5 dernières phalanges, remontant sur les faces latérales des doigts sans atteindre les espaces interdigitaux. La sertissure des ongles est épaissie, sous forme d'un gros bourrelet. L'ongle est strié, cannelé longitudinalement mais ne tombe jamais.

Lésions des orteils. — Les 10 orteils présentent des lésions identiques ; périonyxis persistante de tous les ongles, mais au moment des poussées il se produit une exsudation de liquide séreux. Les ongles sont striés, cannelés longitudinalement, mais ils ne sont jamais tombés.

Lésions des jambes capillarites. — Les jambes sont atteintes de varices de la saphène interne au tiers supérieur de la jambe et à la partie inférieure de la cuisse. Les deux tiers inférieurs des deux jambes sont couverts de lésions, disposées à la manière de guêtres de femme ; la languette de ces guêtres descendant sur la face dorsale des pieds jusqu'à deux travers de doigt des orteils. Ces lésions sont d'une couleur brune, vernissée à la manière d'une peau brûlée, qui vient d'être fraîchement tannée. Si on examine attentivement les lésions on s'aperçoit que cette coloration est

due à des ponctuations brunes confluentes. La malade signale qu'antérieurement il y avait des taches purpuriques. Nous n'avons pas constaté de cicatrices dues à des ulcérations antérieures. Nous avons remarquées que les lésions de la jambe gauche étaient moins pigmentées que celles de la jambe droite, les lésions de cette dernière avaient une tendance à une fine desquamation.

Le diagnostic de capillarite a été posé par M. BLUM ; cette capillarite semble due à une lésion syphilitique des capillaires, à cette cause s'est surajoutée une infection probablement streptococcique, entretenue par une souillure permanente des jambes due à l'incontinence d'urine.

Traitement. — L'acrodermatite de la malade ayant été traitée par les rayons de Bucky, M. GOUGEROT préfère s'abstenir d'une nouvelle séance de radiothérapie, car une radiodermite est à craindre. Il faut continuer chez cette malade le traitement anti-syphilitique, qui sans doute n'améliorera pas les lésions des mains, mais cette malade ayant un B.-W. ++ elle doit continuer à suivre un traitement d'entretien. Nous pouvons lui conseiller d'employer des antiseptiques légers, qui empêcheront le développement d'infections surajoutées. La vitamine B-6 pourrait peut-être donner une amélioration.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION.

L'acrodermatite de notre malade pourrait être due à la syphilis. Pourtant le traitement anti-syphilitique pratiqué depuis trois ans n'a donné aucun résultat et les lésions se sont étendues sur la paume de la main gauche.

Les lésions pourraient être dues à la présence de champignons. M. DUCHÉ a pratiqué l'examen des squames et a

trouvé le *Penicillium*, mais il ne considère pas comme pathogène ce champignon.

Il est par contre plus intéressant de retenir l'existence de capillarite des deux jambes.

Le traitement par les rayons de Bucky n'a apporté aucune amélioration.

CONCLUSIONS

I. — Les acrodermatites sont bien connues au point de vue clinique. Les descriptions primitives d'HALLOPEAU ont été complétées par celles de formes nouvelles atypiques dues à M. le Professeur GOUGEROT.

II. — L'étiologie en reste mystérieuse. Les germes pathogènes et les parasites que l'on trouve dans les lésions ne paraissent pas en être la cause directe.

III. — On a pu parler d'acrodermatites syphilitiques. Si dans les deux cas que nous avons pu suivre, les malades étaient syphilitiques, l'évolution de l'affection et l'inefficacité du traitement spécifique semblent avoir montré qu'il ne s'agissait pas d'un processus syphilitique.

IV. — Il semble pourtant que la syphilis puisse faire le lit de l'acrodermatite, tout aussi bien que celui de la capillarite chronique, qui lui était associée chez l'un de nos malades.

V. — Si l'on voulait dire quel processus a présidé à l'apparition de ces lésions, on serait tenté d'utiliser

les termes d'AUDRY « névrite et angio-neurose ». La symétrie des lésions, leur ténacité semblent des arguments en faveur de cette hypothèse, que n'a pas infirmé l'efficacité de la radiothérapie.

VI. — La radiothérapie reste le traitement de choix des acrodermatites.

Vu : le Président de la thèse,
M. GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences,
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris,
CH. MAURAIN.

